Aus der Privat-Frauenklinik: Prof. P. Strassmann, Berlin

Ueber Wegnahme des karcinomatösen Netzes bei inoperablen Karzinomen der Bauchhöhle

(Ein Beitrag zur palliativen Krebstherapie)

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER

MEDIZINISCHEN DOKTORWÜRDE

AN DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT

ZU BERLIN.

VON

Karl Rettschlag
Arzt aus Templin (Uckermark)

ACAD.
LUGD. BAT.
BIBL.

Tag der Promotion: 1. Mai 1916

Emil Ebering, Berlin NW. 7, Mittelstr. 39.

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Dekan: Prof. Dr. **Heffter**.

Referenten: Prof. Dr. **P. Strassmann**.

Prof. Dr. **Bumm**.

Inhaltsverzeichnis.

A. Kurzer historischer Ueberblick der Karzinomtherapie zur Begründung des Straßmannschen Vorschlages
B. 3 Fälle der Straßmannschen Klinik
C. Kritische Wertung und Schluß
D. Literaturangabe

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546508_0115

Die Karzinomfrage beschäftigt seit vielen Jahrzehnten die gesamte medizinische Welt, besonders in Hinsicht auf die Histogenese und die Therapie des Karzinoms. Aber trotz intensivster Arbeit aller medizinischen Kreise und trotz des vorliegenden außerordentlich umfangreichen Materials ist bis heute kein befriedigender Abschluß erreicht worden. Nach der einen sowohl, als auch nach der anderen Seite ist unser Wissen über die Karzinome und ihre Heilmöglichkeit Stückwerk geblieben, und alle Arbeiten auf diesem Gebiete können nur als Bausteine eines noch im Werden begriffenen Werkes angesehen werden.

Histologisch steht fest, daß die Karzinome (die destruierenden epitheloiden Geschwülste) Abkömmlinge des Epithels sind. Weitere positive und exakte Schlüsse lassen nach dieser Seite hin auch die Arbeiten Ribberts und Cohnheims — v. Hansemanns und Benekes nicht ziehen.

Aus diesem unsicheren Boden des Wesens und der Entstehungsweise der Karzinome ergeben sich die großen Schwierigkeiten, mit denen die Karzinomtherapie zu kämpfen hatte und noch zu kämpfen hat. Sie machte im Laufe des vergangenen Jahrhunderts einen dauernden Wandel durch und erfreut sich auch heute nur einer relativen Ruhe.

Die innere Therapie mit unseren heutigen Mitteln ver-

sagt vollständig und hat ihre Anhänger in der Aerztewelt verloren.

Ob die Behandlung durch Röntgenstrahlen, Radium und Mesothorium sichere Erfolge zeitigen wird, steht heute noch dahin, und auch die vor Jahren herausgegebenen Veröffentlichungen über Erfolge haben diese Therapie noch zu keiner positiven und spezifischen erheben können. Bis heute ist auch die Bestrahlungstherapie über den Wert einer palliativen Therapie nicht hinausgekommen.

Positive Resultate weist einzig und allein die Chirurgie auf. Aber auch sie befriedigt nicht voll, auch der Chirurg hat das spätere Schicksal des Patienten nicht mit Sicherheit in der Hand. Nach Jahren reißen auftretende Rezidive seine schönsten Hoffnungen oft nieder und bringen ihn um den erwarteten Erfolg. Unsere heutige chirurgische Therapie verdankt ihre Erfolge der Frühdiagnose und radikalstem Vorgehen. Weiter ist sie auf die sogenannten operablen Fälle beschränkt. Aber auch dann noch können rückbleibende, mikroskopische Keime in der Operationswunde, auch bei kleinem und umschrieben abzufühlendem Primärtumor, ein Rezidiv herbeiführen. Und doch hatte man sicher gehofft, im Gesunden zu operieren, während umgekehrt verhältnismäßig große und ausgebreitete Karzinome, die man eben noch an der Grenze des Gesunden herausbringen konnte und bei denen die Prognose ungünstig war, völlig rezidivfrei bleiben können.

Welche Wege die chirurgische Therapie im Laufe des vorigen Jahrhunderts durchlief, bis sie ihren heutigen radikalen Stundpunkt einnahm, soll kurz an der Therapie des operablen Uteruskarzinoms dargelegt werden. Gleichzeitig

soll darin eine Begründung gesehen werden für den Vorschlag Straßmanns, auch palliativ radikaler vorzugehen und bei inoperablen Bauchkarzinomen das karzinomatöse Netz zu exstirpieren, um lästige Symptome auf längere Zeit zu beseitigen.

In der ersten Hälfte des vorigen Jahrhunderts vertrat der Chirurg auch bei Karzinom eine möglichst konservative Therapie. Er begnügte sich damit, den Krankheitsherd, soweit er zu palpieren war, zu entfernen. Z. B. bei Portiokarzinom wurde die hohe Amputation der Portio ausgeführt. Aber die Erfahrung drängte zu weiteren Schritten. v. Langenbeck machte 1813 die Totalexstirpation des Uterus bei Ca. Ihm folgten Sauter (1882) u. a. wie Blundell, v. Siebold, Hennig (1876). Aber sie blieben Einzelerscheinungen. Nach ihnen traten W. A. Freund, Czerny und Schröder mit Veröffentlichungen von Methoden über Exstirpation des ganzen Uterus hervor. Auch sie standen zunächst noch in Konkurrenz mit der hohen Amputatio der Cervix uteri, bis sich Czernys vaginale Totalexstirpation als das schonendste Verfahren durchsetzte und für lange Jahre das Feld beherrschte. Erst die letzten Jahrzehnte des vorigen Jahrhunderts brachten dann, vorwiegend durch die Arbeiten und Erfahrungen deutscher Operateure (v. Olshausen, Wertheim, Mackenrodt, Küstner), W. A. Freunds abdominale Totalexstirpation, den radikalsten Standpunkt, zur vollen Geltung. Die abdominale Totalexstirpation des Uterus bei Karzinom hatte sich als der rationellste und sicherste Weg erwiesen, der gründlichen Ueberblick und

umfangreiches Operieren im Gesunden gewährleistete. Dazu sagen:

v. Olshausen: „Die vaginale Operation muß also zugunsten der abdominalen prinzipiell aufgegeben werden."

Küstner (im Gegensatz zu Pfannenstiel, Schauta u. a.): „Gerade die frühen, die wenig fortgeschrittenen, die besten Karzinome müssen mit der besten, der abdominalen Methode operiert werden."

Die chirurgische Therapie des Ca. in ihrem radikalsten Standpunkt weist bis heute, soweit bekannt, als einzige volle Heilerfolge auf. Es darf aber nicht verkannt werden, daß sie diese allein der Operabilität der ihr übergebenen Fälle verdankt. Auch für den Chirurgen bleibt eine Reihe von Fällen inoperabel, weil er sie zu spät in die Hand bekommt und das radikalste Vorgehen (auch dem Radikalismus sind ja durch lebenswichtige Organe Schranken gesetzt) ihm nicht mehr die Möglichkeit gibt, im Gesunden zu operieren. Die Probelaparatomie wurde bei Grenzfällen vorgenommen und durch die dadurch gewährleistete genaue und umfassende Untersuchung die Zahl der operablen Fälle erhöht. Die chirurgische Literatur machte den Wert der Frühdiagnose zum Allgemeingut und machte die Frühoperation als beste Gewähr voller Heilung bekannt. Auf gynäkologischem Gebiet wurden die Hebammen auf Krebsverdacht bei besonderen Symptomen hingewiesen und auf die Gefahr der Verschleppung aufmerksam gemacht. Die Laienwelt wurde interessiert, die Angst vor der Operation bekämpft, Heilungen bekanntgegeben und gezeigt, daß ohne Operation bei Krebs absolut sicherer Untergang zu erwarten sei.

Diese intensive Arbeit drückte zwar den Prozentsatz der inoperablen Karzinomfälle bedeutend herab, aber er ist auch heute noch erheblich. Bei den einzelnen Operateuren 10—40 % (bei Uteruskarzinom operiert jetzt Mackenrodt 90 %, Döderlein 69 %, Küstner 70 %). Dazu muß man noch die Grenzfälle rechnen, die wohl noch operiert werden, aber im Hinblick auf eine Radikalheilung von Anfang an eine infauste Prognose geben. Das liegt in der Natur der Karzinome. Ein Karzinom kann lange Zeit fast symptomlos bleiben und wenn Symptome den Kranken zum Arzt führen, kommt die Hilfe oft schon zu spät. Ganz besonders fallen in die Gruppe dieser desolaten Fälle die Karzinome der Bauchgegend und der weiblichen Genitalien, unter denen besonders die Karzinome der Ovarien in betreff der Frühdiagnose und Radikaloperation eine Crux für den Arzt sind. Die Ovarialkarzinome machen meist lange Zeit gar keine oder geringe Störungen, sind erst von einer gewissen Größe ab zu diagnostizieren, verursachen Ascites, gehen umfangreiche Verwachsungen und Knotenbildungen an anderen Bauchorganen ein, geben durch ihre Adhäsionen und Metastasen die größte Zahl der inoperablen Fälle.

Die inoperablen Fälle bilden das Gebiet der palliativen Krebstherapie. Sie will keine restitutio ad integrum erreichen, sondern richtet ihr Bestreben darauf, den unheilvollen Krankheitsverlauf einzudämmen, lästige und den Patienten quälende Symptome nach Möglichkeit zu beseitigen, die Lebensdauer zu verlängern. Gleichzeitig nimmt sie dem Kranken die psychische Depression der Hoffnungslosigkeit, schafft Remissionen und erhält ihm Lebensfreudigkeit

und Lebensmut. Die palliative Krebstherapie ist für den Arzt durchaus unbefriedigend. Sie ist und bleibt ein notwendiges Uebel. Ich erinnere an das Streben, durch die Probelaparatomie doch noch die chirurgische Therapie an ihre Stelle setzen zu können.

Die palliative Krebstherapie nimmt ihre Mittel aus den verschiedensten Gebieten der Medizin. Sie wendet die innere Medizin an: Narkotika gegen die Schmerzen, Diät gegen die Kachexie usw., sie geht chirurgisch vor: Ferrum candens, scharfer Löffel, Punktion bei Ascites usw. Einen besonders breiten Platz nimmt die Bestrahlungstherapie (Röntgenstrahlen, Mesothorium) bei ihr ein. Die letzten Jahrzehnte lassen auch in der palliativen Karzinomtherapie immer mehr die Erfahrungen und Fortschritte der chirurgischen Krebstherapie in Erscheinung treten. In Analogie mit der Chirurgie finden wir die Begründung für die Tendenz nach möglichst radikalem Vorgehen auch in den Fällen, die keine Aussicht auf Heilung bieten und absolut inoperabel sind. Durch energisches Vorgehen will man so viel wie möglich von der Geschwulst zerstören und ihr Wachstum eindämmen, um ein geringeres schädigendes Agens zu haben und den Abbau des Körpers durch die Geschwulst zu verzögern. Einen neuen Weg zeigt Straßmann der palliativen Krebstherapie durch seinen Vorschlag, das karzinomatöse Netz bei inoperablen Karzinomen der Bauchhöhle wegzunehmen. Er schließt sich damit ebenfalls der radikaleren Richtung an. In den nachfolgend aufgeführten Fällen seiner Klinik handelt es sich durchweg um inoperable und desolate Karzinome, bei denen auch Straßmann von vornherein eine vollständige Heilung als ausgeschlossen erachtete. Anamnese und Be-

fund ließen nach aller Erfahrung in kürzester Zeit die Katastrophe erwarten. Der Ascites in Verbindung mit dem Tumor hatte Stuhl- und Blasenbeschwerden und starke Atemnot herbeigeführt. In ähnlichen Fällen hatte Straßmann vergeblich früher eine längere Röntgenbestrahlung angewandt. Als Hauptursache der für die Patienten so quälenden Symptome sprach Straßmann das Netz an und entschloß sich, dasselbe herauszunehmen. Er erwartete Verschwinden des Ascites und der im Gefolge stehenden Atemnot. Durch Entlastung des Kreislaufs auch eine länger dauernde Remission mit wesentlicher Besserung des Allgemeinbefindens. Die beiden von ihm operierten Fälle bestätigten seine Voraussetzung. Eine weitere Bestätigung gibt der Verlauf des Falles III (operiert von dem assistierenden Arzt der Klinik), der im Gegensatz zu Straßmann nach alter Methode behandelt wurde. Der Operateur konnte sich zu einer Wegnahme des Netzes nicht entschließen wegen des elenden Allgemeinzustandes der Patientin. So nahm er de facto nur eine Punktion des Ascites vor. Nach Ablauf von 3 Monaten beginnen wieder Symptome sich zu zeigen (Ascites nachweisbar). Im Vergleich zu den beiden Fällen Straßmanns ein wesentlich ungünstigeres Resultat.

Fall I: Frau W., von auswärts, 59 Jahre alt, war seit dem 12. Jahr regelmäßig menstruiert, war 15 Jahre verheiratet, hatte keine Geburten, keine Fehlgeburten durchgemacht, ist seit 23 Jahren Witwe. Vater ist mit 72 Jahren an Krebs gestorben, Mutter mit 69 Jahren an Leberkrebs. 1890 wurde sie von Kaltenbach wegen Myom behandelt. Geschwulst seit 1899 Kindskopfgroß. Außer zeitweise Blasenstörungen hatte sie davon keine Beschwerden. Seit etwa 9 Monaten leidet sie an Magenschmerzen, ist ohne Appetit, hat aufgetriebenen Leib und bemerkt Abnahme der Kräfte. Der Stuhlgang ist unregelmäßig, teils hart, geballt, teils breiig. Trotzdem der Leib immer dicker wurde, fand in den letzten Monaten eine Gewichtsabnahme von etwa 5—6 kg statt. Atemnot.

Sie wurde am 23. 9. 13 in die Klinik aufgenommen. Die Untersuchung ergab: Verkalkte Myome, Karzinom des Netzes mit Metastasen.

Röntgenbild (Wismuthbild): Coecum und Colon ascendens ist dilatiert. Colon transversum wird zum Colon descendens zusehends enger. Im Becken ist ein besonders großer Schatten, der als die gefüllte Ampulla recti, vielleicht auch als veränderter Uterus zu deuten ist.

26. 9. Laparatomie durch Prof. Dr. Straßmann. Nach Scopolamin-Morphium wird in Lumbalanästhesie operiert. Da

Patientin während der Operation klagte, wird gering Chloroform gegeben.

Längsschnitt von den Pubes bis zum Nabel. Mittlerer Ascites (zirka 1 l). Im Parietalperitoneum und Mesenterium Krebsknoten, verhältnismäßig wenig am Darm. Der vorher gefühlte Tumor wird vom Netz gebildet. Er zerrt das Colon herab und stenosiert es an der adhärenten Stelle. Vor der Stenose Dilatation des Colon. Im Becken harte verkalkte Myommassen und ein etwa faustgroßes, verkalktes, gestieltes Myom. Ein Ovarialkarzinom ist mit Sicherheit nicht festzustellen, ebensowenig der Ausgang des Karzinoms mit Sicherheit anzugeben. Vielleicht ist im Colon descendens der Ursprung zu suchen. Es ergibt sich ein inoperables Karzinom. Trotzdem wird das Netz in Längsausdehnung von über 25 cm abgesetzt vom Darm (mit Catgut in kleinen Partien). Der Darm ist nirgends verletzt und überall gut ernährt. Das gestielte Myom wird abgebunden und entfernt, der Bauch ausgetrocknet. Naht.

Das exstirpierte, karzinomatöse Netz hat etwa nierenförmige Gestalt, ist 32 cm lang, an seinen engsten Stellen 2 cm, an der breitesten 21 cm breit und 1—3 cm dick. Gewicht 645 g. Es erscheint aus vielen erbsen- bis haselnußgroßen Knoten zusammengesetzt, die eine vollständig höckerige Oberfläche abgeben.

Mikroskopisch erweist sich der Netztumor als ausgesprochenes Adenokarzinom (Hämalaunfärbung).

26. 9. Befinden der Patientin am Operationstage verhältnismäßig gut. Kein Erbrechen. Urin durch Katheter. Stuhl am 4. Tag durch Einlauf.

27. 9. Blähungsbeschwerden. Puls gut. Urin spontan.

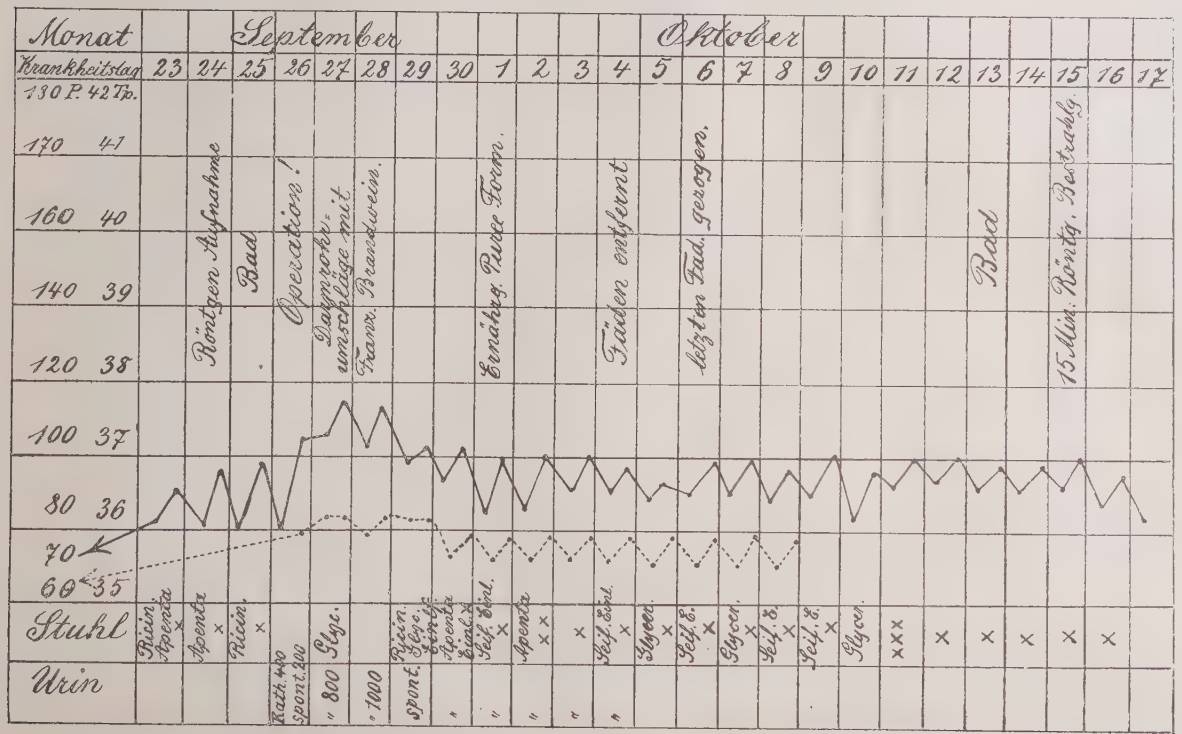
28. 9. Puls gut. Wohlbefinden.

Glatter, weiterer Verlauf (conf. Kurve). Als Nachbehandlung wird eine 4 malige Röntgenbestrahlung zu sechs Sitzungen vorgenommen.

Patientin schreibt nach Monaten, daß es ihr gut geht. Sie hat an Gewicht zugenommen. Urin spontan, keine Stuhlbeschwerden.

April 1916. Befund konnte nicht mehr aufgenommen werden. Pat. soll, laut brieflicher Mitteilung durch einen Verwandten, vor kurzem gestorben sein.

Name: Frau Ww. W. Aufnahme: 23. IX. 13. Geburtsjahr: 1854.



Fall II: Frau R. ist 51 Jahre alt, Witwe, Menstruation war immer regelmäßig. 5 Partus. Seit 1 Jahr Menopause. Eltern beide gestorben, Ursache unbekannt.

Vor 8 Jahren Amputation der rechten Mamma mit Ausräumung der Achselhöhle wegen Karzinom. In der letzten Zeit appetitlos, Druckgefühl im Leib, Atemnot. Fühlt sich sehr elend, hat im letzten Jahr 30—35 Pfund abgenommen.

Fra R. ist eine mittelgroße Patientin von schmutzig blasser Hauttarbe, in sehr elendem Ernährungszustand. R. Brust ist amputiert, Achseldrüsen rechts sind ausgeräumt. Dort keine Knötchen. Ausschließlich Bauchbefund. Diagnose: Carcinoma omenti und beider Ovarien.

28. 8. 15. Aufnahme in die Klinik.

30. 8. 15. Laparatomie durch Prof. Dr. Straßmann. Nach Morphium-Scopolamin Chloroformnarkose. Längsschnitt in der Mittellinie. Bauchfell drängt hervor. Aus dem eröffneten Bauchfell massenhaft Wasser. Der Schnitt wird bis zum Nabel geführt, um das Netz, das mit großen Knoten in seinem unteren Teil der Bauchwand verwachsen ist, entfernen zu können. Knollen im Becken um das Sigma romanum vorhanden, ferner Knoten in den seitlichen Bauchwandungen. Keine Knoten an der Leber und am Dünndarm, auch ist das Bindegewebe nach oben zu frei, ebenso das Zwerchfell, so daß mit Wahrscheinlichkeit ein primäres Ovarialkarzinom eher als Metastasen vom Mammakarzinom

anzunehmen ist. Absolut inoperables Karzinom. Nach Fall I wird, um nach Möglichkeit auf eine Zeit die quälenden Symptome, vor allem den Ascites, zu beseitigen, das Netz (ein etwa 2 faustgroßes Schild) abgebunden mit zahlreichen Katgutfäden und entfernt. Das Becken wird freigelegt. Eine größere Cyste zwischen Ovarium und S. romanum wird angestochen und ihr Inhalt entleert. Das Ovarialkarzinom wird entfernt, am S. romanum muß eine etwa 5-Markstückgroße derb infiltrierte Stelle zurückbleiben. Auf der andern Seite wird auch ein über faustgroßes Eierstockskarzinom herausgeholt. Das Becken wird abgeleuchtet, gut ausgetrocknet. Naht.

Das exstirpierte karzinomatöse Netz ist ein etwa zwei faustgroßer, schildförmiger, höckriger Tumor. An den beiden Enden 2 bezw. 4 cm breit, in der Mitte etwa 14 cm breit, im längsten Durchmesser 26 cm. Die Dicke an den verschiedenen Stellen schwankt zwischen 1—3 cm. Die dichtgedrängten Knoten und Knollen haben Kirsch- bis Walnußgröße. Dazwischen sind wenige kleinere, etwa erbsengroße eingesprengt.

Die mikroskopische Untersuchung ergab Adenokarzinom mit gelatinöser Entartung (Hämalaunfärbung).

Befinden der Patientin am Operationstage gut. Bis zum 5. Tag besteht Erbrechen.

Urin: spontan.

Stuhl: Nach Einlauf am 4. Tag.

Bis zum 14. Tag nach der Operation Eiterabfluß aus der Bauchwunde.

Vom 17. Tag ab häufig Urindrang. Temperatur geht auf 39°.

Seit 20. Tag steht Patientin zweimal täglich auf und verläßt am 36. Tag die Klinik. Die Verbände der granulierenden Bauchwunde werden zu Hause gemacht (conf. Kurve!).

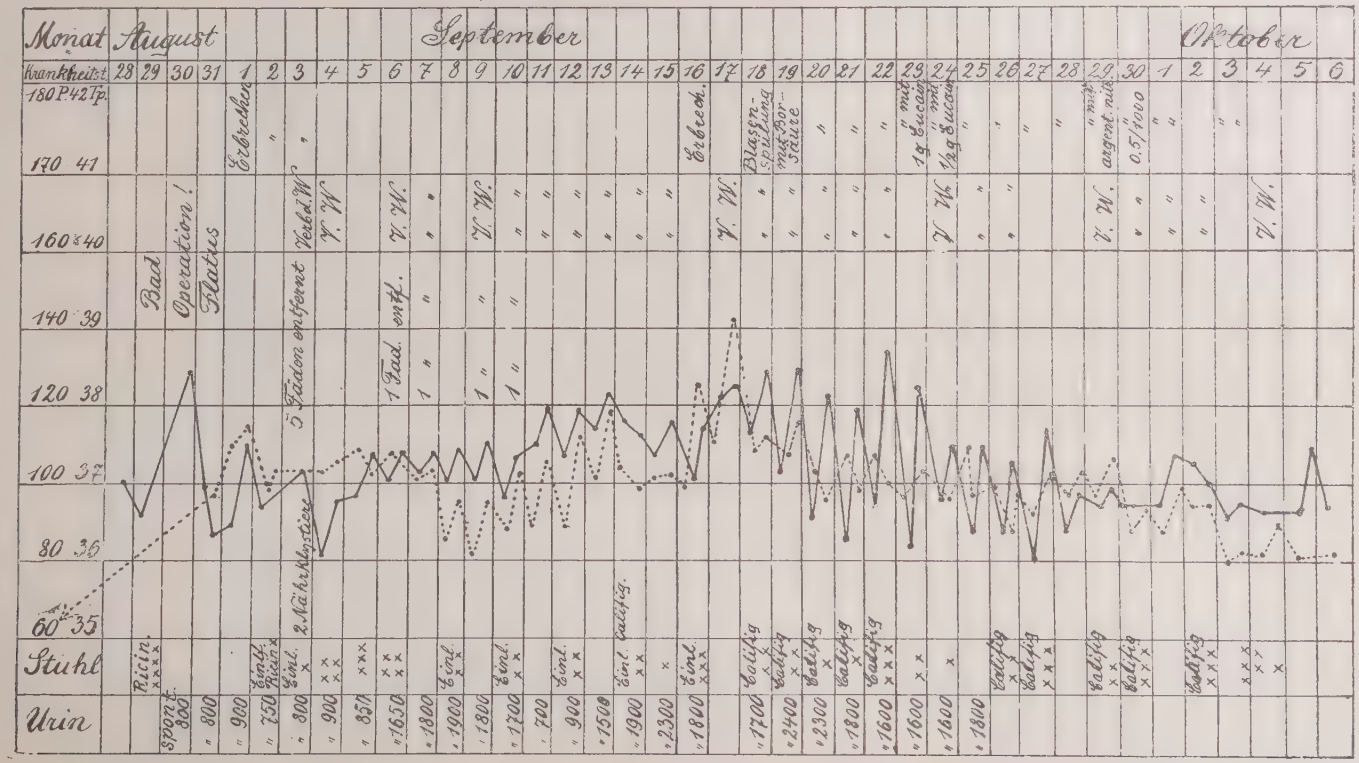
Befund am Entlassungstage:

Patientin fühlt sich wohl, hat guten Appetit, schläft ohne Mittel, Stuhl spontan, Urin spontan (tgl. 1—2 l, wenig trüb). Gewichtszunahme. Kein Ascites. Als Nachbehandlung achtmalige Röntgenbestrahlung zu 6 Sitzungen.

30. 11. 15. (Nach 3 Monaten.) Keine Beschwerden und Wohlbefinden. Stuhl spontan, Blasenfunktion ungestört. Im Becken fühlbare Knollen, aber ganz beschwerdefrei. Aussehen gut. Kein Ascites.

April 1916. Patientin lebt noch und soll sich wohl, wenn auch etwas schwach, befinden. Ascites ist nicht wiedergekehrt. Zur Untersuchung hat sie sich nicht eingestellt.

Name: Frau Ww. R. Aufnahme: 28. VIII. 15. Geburtsjahr: 1864.



Fall III. (Als Beispiel eines nach der alten Art nur durch Ablassung des Ascites behandelten Falles.) Frl. Sch. ist 37 Jahre alt, war bis 30. Nov. 1915 regelmäßig menstruiert. Kein Partus, kein Abort. Es besteht Obstipation, aber keine Blasenbeschwerden. 1913 war sie wegen Lungenkatarrh in einer Heilstätte. Seit etwa 5 Wochen bemerkt Patientin ein Stärkerwerden des Leibes (trotzdem Gewichtsabnahme), hat Atemnot, Erbrechen, Schmerzen im Rücken und besonders in der rechten Seite, aber keine Anfälle. Urindrang. Mutter ist an Asthma, Vater an Altersschwäche gestorben. Zwei Geschwister sind gesund. Frl. Sch. ist eine mittelgroße, schwächliche Person, sehr anämisch und von geringem Ernährungszustand.

Herz: Die Grenzen sind normal, die Töne rein, der 2. Pulmonalton ist akzentuiert.

Lungen: Der rechte Oberlappen ist infiltriert, das Atemgeräusch darüber abgeschwächt, sonst o. B.

Abdomen: Der Bauch ist stark aufgetrieben, hat einen Umfang von 86 cm, zeigt deutliche Fluktuation. Ein Tumor ist nicht abzugrenzen, doch ist an den tieferen Stellen des Bauches hellerer Schall. Der Tumor füllt den ganzen Bauch und reicht bis ans Zwerchfell.

Diagnose: Ovarialkarzinom mit Metastasen. Karzinom des Netzes.

18. 12. 15. Aufnahme in die Klinik.

22. 12. 15. Laparatomie durch San.-Rat Loewinsohn. Nach Morphium-Scopolamin Chloroformnarkose. Probelapa-

ratomieschnitt in der Mittellinie unterhalb des Nabels. Beabsichtigt ist nach Analogie der beiden durch Prof. Dr. Straßmann operierten Fälle das Netz wegzunehmen, um dem Ascites entgegenzutreten. Das Peritoneum wölbt sich stark aus dem Schnitt hervor und ist aponeurotisch verdickt. Nach seiner Eröffnung quillt eine große Menge blutigen Ascites heraus. Die beiderseitigen Adnexe, der Beckenboden, das Mesenterium sind dick besetzt mit papillösen Wucherungen. Das Omentum majus ist knollig und fast verwachsen mit dem Intestinum, ein Stück fest adhärent am Uterus. Es liegt ein inoperables Karzinom vor. Wegen des äußerst schlechten Allgemeinzustandes der Patientin, wegen der festen und zahlreichen Verwachsungen und der dadurch bedingten lange dauernden Operation mit großem blutigen Operationsfeld, wurde die Operation nicht fortgesetzt und es hatte mit der Probelaparatomie sein Bewenden. Sorgfältige Austupfung des Ascites. Naht.

Befinden der Patientin am Operationstage gut. Puls klein. Kein Erbrechen.

Urin: Durch Katheter, später spontan.

Stuhl: Am 4. Tag durch Kurella.

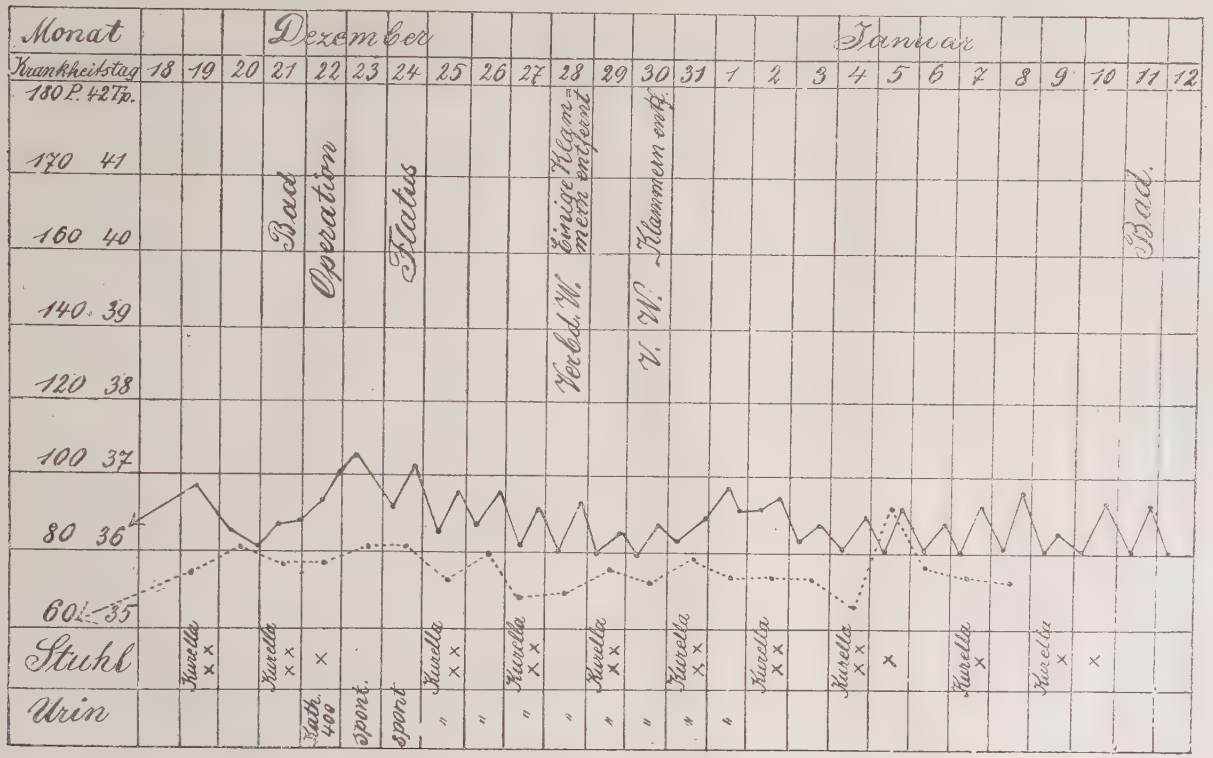
Die Wunde heilt per primam, glatter Operationsverlauf, (conf. Kerve!).

Beim Verlassen der Klinik befindet sich Patientin wohl, ist gänzlich beschwerdefrei, nimmt an Gewicht zu. Als Nachbehandlung wurde sie zweimal in 6 Sitzungen einer Röntgenbestrahlung unterzogen.

Status am 3. 4. 16.

Patientin hat keine Klagen und fühlt sich wohl. Die Untersuchung ergibt etwas geschwollenen Leib. Ascites aber wieder nachweisbar.

Name: Frl. Sch. Aufnahme: 18. XII. 15. Geburtsjahr: 1878.



Die angeführten 3 Fälle der Straßmannschen Klinik stellen inoperable Bauchhöhlenkarzinome dar. Die Therapie konnte nur eine palliative sein, und so will auch Straßmann seinen Vorschlag aufgefaßt wissen. Er wandte seine Therapie gegen die bedrohlichen und quälenden Symptome, besonders gegen den Ascites und den Druck der schweren Netzgeschwulst. Als Ursache für denselben sprach er, wie schon erwähnt, das Netz an und wollte durch Wegnahme des Netzes den Ascites und seine Folgeerscheinungen beseitigen. Es ist ja gerade beim Karzinom eine häufige Erscheinung, daß das Karzinom an sich den Kranken wenig inkommodiert und oft erst die Folgeerscheinungen ihn zum Arzt führen. Einen treffenden Vergleich hierfür gibt das Karzinom der Mamma. Die Kranken klagen oft nicht über den Brustkrebs, sondern alle ihre Beschwerden wenden sich gegen die geschwollenen Achseldrüsen und die eventuell entstandene Schwellung im Arm. Straßmann erreichte in Fall I eine erhebliche Remission und eine Verlängerung der Lebensdauer auf über 2 Jahre, die nach aller Erfahrung in ähnlichen Fällen ohne den Eingriff nicht zu erwarten war. Auch Fall II war erfolgreich. Auch hier Wohlbefinden nach der Operation, und zwar bis jetzt 9 Monate hindurch.

Mit der Operation wurde eine wiederholte Röntgenbestrahlung kombiniert, die, für sich allein angewandt,

in früheren ähnlichen Fällen wenig befriedigende Resultate ergeben hatte.

Fall III spricht ebenfalls für den Vorschlag Straßmanns. Das Netz wurde nicht entfernt, nach verhältnismäßig kurzer Zeit (3 Monate) ist Ascites wieder nachweisbar. Auch in diesem Fall III hat Röntgenbestrahlung wie bei I und II stattgefunden.

Wie läßt sich physiologisch der Erfolg der vorgeschlagenen Operation erklären? Wie läßt sich die langdauernde Beseitigung des Ascites begründen? In Fall I und II imponiert das herausgenommene Netz als Tumor von erheblicher Größe (s. pathol. Befund nach der Operation). Der Größe der Tumoren ist ein großer Anteil der Klagen über gestörte Blasen- und Darmfunktion zuzuschreiben. Ferner steht ohne Frage fest, daß Tumoren von solcher Größe eine Störung des Pfortaderkreislaufs herbeiführen müssen, ganz abgesehen von den Störungen durch Verwachsungen des Karzinoms. Der Ascites ist Stauungsascites, ähnlich wie bei Mammakarzinom die Achseldrüsenpakete Schwellung des Armes und Oedem durch Stauung herbeiführen. In wieweit für den Ascites Ausschwitzungen des Tumors selbst oder, durch ihn veranlaßt, des Peritoneums (Straßmann) eine Rolle spielen, müssen Untersuchungen erst noch ergeben.

Straßmann hat durch seine Operation „Wegnahme des karzinomatösen Netzes“ der palliativen Therapie eine Stütze in die Hand gegeben, der ein Erfolg nicht abgesprochen werden kann. Sein radikalerer Standpunkt kann von der Anwendung nicht zurückhalten, wenn man bedenkt, daß, allein um die Diagnose festzustellen, die Probe-

laparatomie vorgenommen wird. Er erreichte eine gewisse Verlängerung der Lebensdauer, das Gefühl, die Geschwulst losgeworden zu sein und Beseitigung äußerst quälender und bedrohlicher Symptome auf längere Zeit, also therapeutisch (da eine vollständige Heilmöglichkeit absolut ausgeschlossen war) positive Resultate. Hoch anzuwerten ist die Verlängerung der Lebensdauer, da die Prädilektionszeit für Karzinom das vorgeschrittene Lebensalter ist. Es erscheint wünschenswert, über seinen Vorschlag weitere Erfahrungen zu sammeln, um ein abschließendes Urteil herbeiführen zu können.

Meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. P. Straßmann, sage ich für die Anregung zu dieser Arbeit und das mir aus seiner Klinik in entgegenkommendster Weise zur Verfügung gestellte Material meinen gehorsamsten Dank.

Literatur.

Aschoff: Geschwülste. Ergebnisse der allgemeinen Pathologie usw., Bd. 5.

Fromme: Die palliative Behandlung der inoperablen Ca.

Grundmann: Ueber die Bedeutung des Netzes in physiologischer und pathologischer Beziehung (Bruns Beiträge z. klin. Chir. 1913, Bd. 84).

Koblanck: Aetiologie, Symptomatologie, Diagnostik und Radikalbehandlung des Gebärmutterkrebses (Veits Handb. d. Gyn. III, 2).

Kroenig: Neubildungen d. Ovarien.

Küstner: Die epitheloiden Geschwülste d. Uterus.

Lubarsch: Geschwülste. Ergebn. d. allgem. Pathologie usw., Bd. VI.

Meyer, Rob.: Ueber heterotope Epithelwucherungen u. Karzinome. Verh. d. Ges. f. Pathol. 1906.

Orth: Pathologisch-anatomische Diagnostik.

Ribbert: Geschwulstlehre. Bonn 1904.

Virchow: Die krankhaften Geschwülste, Bd. 3.

Winter: Anatomie d. Ca-uteri (Veits Handb. d. Gyn. III, 2).

—: Die malignen und benignen Degenerationen d. Uterusmyome (Zeitschrift f. Geb. u. Gyn., Bd. 57).

Lebenslauf.

Am 28. November 1879 wurde ich, Karl Rettschlag, zu Templin (Uckermark) geboren und von meinen Eltern im evangel. Bekenntnis erzogen. Nach Besuch der Präparanden-Anstalt und des Seminars für Stadtschullehrer zu Berlin war ich einige Jahre daselbst als Lehrer angestellt. 1905 bestand ich als Externer die Reifeprüfung am Königstädtischen Realgymnasium zu Berlin, widmete mich von Oktober 1905—07 dem Studium der „Neueren Sprachen", von da ab dem Studium der Medizin an der Königl. Friedrich-Wilhelms-Universität. Am 26. April 1913 bestand ich in Berlin das medizinische Staatsexamen und erhielt am 30. April 1914 die Approbation als Arzt.